



Online Brazilian Journal of Nursing

E-ISSN: 1676-4285

objn@enf.uff.br

Universidade Federal Fluminense
Brasil

Zanon Narchi, Nádia; Quintella Fernandes, Rosa Áurea; Aredes Viana, Keila
Registro de imunização antitetânica em documentos de mães de uma comunidade
carente do município de São Paulo

Online Brazilian Journal of Nursing, vol. 5, núm. 2, 2006, pp. 93-100

Universidade Federal Fluminense
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453972012>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

**OBJN**
Online Brazilian Journal of Nursing

**PORTUGUÊS**

Universidade Federal Fluminense

**ESCOLA DE ENFERMAGEM
AURORA DE AFONSO COSTA**


Artigos Originais

Registro de imunização antitetânica em documentos de mães de uma comunidade carente do município de São Paulo

Nádia Zanon Narchi,
Rosa Áurea Quintella Fernandes,
Keila Aredes Viana

RESUMO

Diante da constatação de que existe tanto desconhecimento das mulheres quanto à importância da vacinação antitetânica na gestação quanto deficiência nas anotações dessa imunização, decidiu-se elaborar pesquisa com o objetivo de verificar e analisar o registro da imunização antitetânica nos documentos de um grupo de 50 mães de uma comunidade carente de São Paulo/SP. O estudo, descritivo e quantitativo, foi realizado no período de abril de 2005 a abril de 2006. Foram coletados dados dos registros de vacinação nos documentos de pré-natal e vacinação, além de outros referentes à caracterização sócio-demográfica e obstétrica. Os resultados mostraram que em 24% dos casos ocorreram falhas no esquema vacinal. Conclui-se que é essencial melhorar a qualidade dos registros da assistência pré-natal, além de investir na orientação das mulheres sobre a importância da vacinação, o que implica na necessidade de um seguimento mais próximo, com supervisão e reforço, fundamentais na assistência pré e pós-natal.

DESCRIPTORES: Saúde materno-infantil; tétano; educação em saúde.

INTRODUÇÃO

A despeito de o tétano neonatal encontrar-se no Brasil com níveis de incidência abaixo do preconizado pela Organização Mundial da Saúde, diversos fatores de risco para essa doença ainda podem ser evidenciados, mesmo em São Paulo, município que se encontra fora das áreas geográficas definidas como prioritárias para a implementação das ações de vigilância e controle para esse problema de saúde pública.¹

A ocorrência de casos dessa doença pressupõe deficiência na qualidade da atenção materno-infantil associada às más condições socioeconômicas, acometendo populações carentes que têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde, especialmente o pré-natal. Além disso, está diretamente relacionado com as más condições de atendimento ao parto, com a inadequada higiene no cuidado do coto umbilical e com a baixa cobertura vacinal de mulheres em idade fértil, isto é, de 12 a 49 anos.¹⁻⁴

Entre as diferentes medidas de prevenção do tétano neonatal, não há dúvida de que a imunização ativa com a vacina dupla tipo adulto (dT) em mulheres em idade fértil é a mais eficaz e prática. Quando vacinadas, as gestantes produzem anticorpos IgG que são transportados ativamente pela placenta, não existindo evidências de risco para o feto pelo uso do toxóide tetânico, uma das vacinas mais efetivas e seguras dentre aquelas de utilização rotineira, ou do toxóide diftérico, outro composto da vacina dT.^{5,6}

O esquema de vacinação contra o tétano neonatal para as mulheres em idade fértil deve levar em conta a história de vacinação e o fato da mulher estar grávida ou não, conforme recomendações da Secretaria Nacional de Vigilância em Saúde.¹

Desse modo, para que a cobertura vacinal contra o tétano neonatal seja adequada, deve ocorrer a aplicação de duas doses da vacina dT

em todas as gestantes não imunizadas que receberão, após o parto, uma terceira dose de reforço. No caso de gestantes imunizadas deve-se atentar para o reforço a cada cinco anos.^{7,8}

A respeito do esquema vacinal, é importante salientar que 80 a 90% das gestantes desenvolvem anticorpos suficientes com duas doses. No entanto, elas somente estarão imunizadas se receberem as três doses e se houver respeito aos intervalos entre elas, ou seja, a primeira deve ser dada o mais precocemente possível, a segunda após 30 a 60 dias, no período máximo de 20 dias antes do parto, e a terceira até 180 dias depois da segunda. Nesse processo, a primeira dose induz resposta primária com predomínio de anticorpos da classe IgM sobre os da classe IgG durante curto período; a segunda provoca resposta imunológica com predomínio de anticorpos da classe IgG de duração mais prolongada e a terceira induz resposta semelhante à obtida com a segunda dose, porém mais intensa e duradoura.^{7,9}

É importante ainda frisar que, em relação à segurança da primeira dose, mesmo não sendo relatados efeitos adversos para o feto em decorrência da aplicação dos toxóides diftérico e tetânico em qualquer fase da gestação, a Norma Técnica de Imunização de São Paulo⁸ aconselha o início da imunização a partir do segundo trimestre da gestação, desde que não haja impedimento que duas doses da vacina sejam aplicadas antes de vinte dias da data provável do parto. Tal recomendação baseia-se na estratégia de evitar que um eventual abortamento venha a ser indevidamente atribuído à vacina.

Naturalmente, o referido esquema vacinal deve ser determinado e seguido durante o acompanhamento da gestante, fato nem sempre verificado, pois diversos trabalhos mostram que no Brasil é necessário melhorar a cobertura vacinal antitetânica da mulher grávida, indicando tanto a baixa escolaridade materna quanto a

má qualidade do pré-natal como fatores de risco para a não-vacinação.^{4,5,10-12}

Nesse sentido, resultados de pesquisa anterior² em que se observou tanto percentual elevado de mulheres sem o devido conhecimento sobre a prevenção do tétano neonatal quanto diversidade de condutas relativas à cobertura vacinal antitetânica, alertam para a necessidade de serem mantidos cuidados de vigilância sobre a doença, especialmente em comunidades socialmente carentes e com baixo nível de escolaridade das mães.

Diante dessas considerações, decidiu-se elaborar este estudo pela constatação de que ainda existe desconhecimento quanto à importância dessa vacinação. Trata-se aqui de dar continuidade à pesquisa realizada com gestantes de uma comunidade carente, na qual percebeu-se que suas condições socioeconômicas, a cultura na qual estão inseridas e a falta de informação, fazem com que resistam à vacinação, não realizando ou não completando os esquemas vacinais estabelecidos.²

Foi essa necessidade, associada à observação empírica da pouca ocorrência de registros de vacinação nos cartões de gestantes, que deu idéia da realização deste estudo que se justifica na medida em que pretende mostrar uma realidade e interferir nela de modo a orientar as mulheres daquela comunidade sobre a importância da vacinação antitetânica e conseqüente prevenção do tétano neonatal. Acredita-se que, dessa maneira, consciente do auto-cuidado, aquela população possa requisitar melhoria na atenção à saúde que recebe.

São objetivos deste estudo, então, verificar e analisar o registro da imunização antitetânica nos cartões de pré-natal e nas carteiras de vacinação de um grupo de mães moradoras em uma comunidade carente do município de São Paulo.

MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido com mulheres participantes do Núcleo São Lucas de Atendimento à Saúde da Mulher e da Criança, inserido em uma comunidade carente com cerca de 80 mil habitantes, situada em área nobre da zona sul do município de São Paulo/SP.

Desde o ano de 2000, o referido Núcleo proporciona assistência à saúde materno-infantil no período gravídico-puerperal, desenvolvendo grupos educativos para gestantes e promovendo consultas de enfermagem no pós-parto a fim de acompanhar e orientar a mãe quanto ao seu auto-cuidado e o do recém-nascido, além de promover o aleitamento exclusivo.¹³

No retorno pós-parto, que normalmente ocorre no prazo de 15 a 20 dias após o parto, foram entrevistadas todas as mães que trouxeram os documentos solicitados para a consulta, ou seja, o relatório do parto e nascimento, o cartão de vacinação do bebê, o cartão de pré-natal e a carteira de vacinação. Caso a mulher não estivesse com os documentos necessários à realização da pesquisa, lhe era solicitado que na próxima vez que retornasse ao Núcleo os trouxesse.

Assim, dentre as 65 mães acompanhadas em consultas pós-parto no período de maio de 2005 a abril de 2006, 77% participaram desta pesquisa por terem trazido os documentos necessários. Salienta-se que após a entrevista, todas as mães foram re-orientadas a respeito da imunização antitetânica e dos critérios para a adequada cobertura vacinal, tanto delas quanto de seus filhos.

Os dados foram, então, coletados com 50 mães, sendo utilizado um formulário para verificar o registro da imunização antitetânica nos cartões de pré-natal e nas carteiras de vacinação dessas mulheres. Nesse instrumento também foram coletados por meio de entrevista da-

dos referentes à caracterização sócio-demográfica e obstétrica dessa amostra, como idade, naturalidade, escolaridade, situação conjugal, renda familiar, número de filhos, idade dos filhos, intervalo interpartal, paridade, além do conhecimento referido sobre a vacinação.

Todas as participantes foram informadas das finalidades da pesquisa e a entrevista somente foi realizada mediante concordância e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Além disso, o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade a qual o Núcleo está vinculado.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Tabela 1 está caracterizado o perfil sócio-demográfico das mulheres que participaram do estudo.

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica das mulheres. São Paulo, 2006.

CARACTERÍSTICAS	N°.	%
Idade		
15 a 19 anos	20	40
20 a 24 anos	11	22
25 a 29 anos	09	18
30 anos ou mais	10	20
Total	50	100
Situação conjugal		
União Estável	34	68
Solteira	07	14
Casada	09	18
Total	50	100
Escolaridade		
Analfabeta	01	02
Ensino fundamental incompleto	26	52
Ensino fundamental completo	05	10
Ensino médio incompleto	12	34
Ensino médio completo	06	12
Total	50	100
Naturalidade		
Região Nordeste	33	66
Região Sudeste (Estado de São Paulo)	13	26
Região Centro-Oeste	02	04
Região Sul	02	04
Total	50	100

Em relação à idade, verificou-se que a maior parte das mulheres (40%) situava-se na faixa etária de 15 a 19 anos, seguida pelas de 20 a 24 (22%), de 30 ou mais (20%) e de 25 a 29 (18%).

É importante destacar que todas as jovens de 15 a 19 anos deveriam estar devidamente imunizadas contra o tétano, já que aos 15 anos deve haver o reforço da dT. ^{1,8} No entanto, constatou-se que duas delas (4%) não possuíam a carteira de vacinação e o registro da imunização não constava no cartão de pré-natal de ambas.

Grande parte das mães (68%) informou residir com o pai da criança em um relacionamento estável; 18% disseram ser casadas e 14% solteiras. Quanto à escolaridade, 52% relataram não ter completado o ensino fundamental, seguidas por ensino médio incompleto (34%), ensino médio completo (12%), ensino fundamental completo (10%) e analfabetismo (2%).

Idade, estabilidade familiar, condições socioeconômicas e psicossociais são importantes para a constituição do auto-conceito de um indivíduo e o modo como ele lida com a sua saúde. ^{14,15} Nesse sentido, pode-se prever a dificuldade de muitas dessas mulheres ao não compreender ou aderir de forma adequada aos cuidados pré-natais, fato que obriga investimento maior da equipe que as assiste. Além disso, a bibliografia indica que a baixa escolaridade normalmente se relaciona com a inadequada cobertura vacinal tanto de mulheres em idade fértil quanto de crianças e adolescentes. ^{2,4,5,10-12}

Há algumas características bio-psico-socio-culturais que acarretam problemas na assistência durante o pré-natal, entre elas o baixo nível de instrução, demonstrado pelos anos de estudo, a situação conjugal instável, a baixa renda e as condições ambientais desfavoráveis ⁷, todas elas presentes em grande parte das mulheres deste estudo.

Quanto à naturalidade, a maior parte das mães disseram provir de outras regiões do pa-

is, como a Nordeste (66%), Centro-Oeste (4%) e Sul (4%). Esse fato alerta para a possibilidade de perda ou extravio de documentos como a carteira de vacinação ou o histórico de pré-natais anteriores, fundamentais para a determinação da necessidade de vacinação.

A renda familiar referida por 62% das mães não ultrapassava três salários mínimos, sendo o cônjuge, citado por 70% delas, o principal responsável pelo sustento familiar. Este dado demonstra a situação de dependência econômica destas mulheres que não possuem trabalho remunerado, dependem do companheiro ou da família e têm situação sócio-econômica precária, fatores que as expõem a situações de risco social e de precariedade, muitas vezes determinantes das práticas inadequadas de saúde.^{2,4,5,10-15}

Tabela 2. Distribuição de mulheres segundo intervalo interpartal. São Paulo, 2005.

INTERVALO INTERPARTAL	Nº.*	%
de 1 ano a 1 ano e 11 meses	01	4
2 anos a 2 anos e 11 meses	05	22
3 anos a 3 anos e 11 meses	03	13
4 anos a 4 anos e 11 meses	04	17
5 anos ou mais	10	44
Total	23	100

*Refere-se às mulheres que tiveram mais que uma parturição.

A maior parte das mães (55%) referiu ser primípara. As restantes, possuíam de dois a quatro filhos. A Tabela 2 mostra que o intervalo interpartal mais freqüente (44%) foi o de cinco anos ou mais entre o parto mais recente e o anterior. Como esse intervalo obriga o reforço vacinal, observou-se que duas mães (4%) não o receberam, conforme comprovado nos documentos pesquisados.

Ao serem questionadas sobre a finalidade da vacinação antitetânica na gestação, 46% das mulheres o fizeram de forma correta. O fato de 54% não relatarem a indicação correta da imunização foi surpreendente aos pesquisadores, pois todas elas participaram dos grupos de

educação em saúde durante a gestação, no próprio Núcleo e até em outros locais, ocasião em que sempre é discutida a finalidade e a importância da vacina para a gestante e para o bebê.

Tabela 3. Fontes de informação referidas pelas mães sobre a vacinação antitetânica. São Paulo, 2006.

FONTE DE INFORMAÇÃO	NO.	%
Somente o Curso para gestantes do Núcleo	16	32
Não lembra / nunca ouviu	12	24
Curso para gestantes do Núcleo e pré-natalista	06	12
Curso para gestantes do Núcleo e outros cursos da comunidade	07	14
Leitura ou informação de pessoas conhecidas	05	10
Durante a vacinação pelo equipe da unidade básica de saúde	04	8
Total	50	100

A Tabela 3 mostra que, quando perguntadas a respeito de quais foram as fontes de informação sobre a vacinação antitetânica de que se recordavam, 76% das mães informaram o grupo de gestantes do Núcleo ou outros cursos que freqüentaram de forma simultânea, além de leitura, informação de pessoas conhecidas e profissionais da unidade básica de saúde. A porcentagem de 24% que informou não se recordar ou nunca ter ouvido falar a respeito dessa imunização, aponta mais uma vez para possíveis barreiras de comunicação existentes entre os profissionais de saúde e as populações socialmente desfavorecidas.

As condições sócio-econômicas, a cultura na qual estas mulheres estão inseridas e a falta de informação e, até mesmo, de motivação, são fatores que contribuem para que, mesmo quando orientadas, resistam à vacinação, não realizando ou não completando os esquemas vacinais estabelecidos, o que implica na necessidade de um seguimento mais próximo, com supervisão e reforço nas orientações², conduta muitas vezes difícil de ser estabelecida.

Ainda que 100% dessas mulheres tenha tido acesso aos cuidados pré-natais, observou-se que apenas 20% relataram ter recebido orientações quanto à importância da imunização antitetânica pelos pré-natalistas e pela equipe das unidades básicas de saúde no momento da vacinação.

Nesse sentido, salienta-se a importância do envolvimento de todos os que atendem a mulher para a melhoria da qualidade assistencial. A pouca escolaridade destas mães pode ser um fator limitante para seu entendimento sobre as questões de saúde, nas quais a vacinação está incluída, o que aponta para a necessidade de serem empregadas estratégias de educação em saúde mais participativas e inovadoras.

Acredita-se que o tétano neonatal, como outras doenças imunopreveníveis, ainda não foi totalmente erradicado em nosso país também por esse motivo, além daqueles relacionados à assistência ao parto e ao cuidado com o coto umbilical no domicílio.

As características epidemiológicas dos casos notificados de tétano neonatal, em todos os países da América Latina, mostraram que eram lactentes nascidos de múltiparas em zonas rurais, que necessitavam de uma atenção melhor no pré-natal e que as mães não estavam devidamente imunizadas.^{9,16,17}

É fato que as mulheres deste estudo receberam toda assistência hospitalar no parto e não se caracterizam por residirem em zona rural. No entanto, não demonstram possuir condições e conhecimentos suficientes que lhes permitam se prevenir adequadamente deste problema, além de outros relacionados ao cuidado consigo mesmas e com os seus filhos.^{2,10,13}

Salienta-se, também, que muitas adolescentes, como é o caso de 40% das mães do estudo, podem não possuir a idéia de risco pela imaturidade associada ao desconhecimento, fato que propicia a não aderência aos cuidados de saúde.^{14, 15}

Tabela 4. Registro da imunização verificado nos documentos das mães. São Paulo, 2006.

REGISTROS	NO.	%
No cartão de pré-natal		
Sim	22	44
Não	28	56
Total	50	100
Na Carteira de Vacinação		
Sim	36	72
Não	14	28
Total	50	100

Quanto ao registro da imunização antitetânica verificado nos documentos, a Tabela 4 mostra que, entre os cartões de pré-natal, 44% continham a informação; entre as carteiras de vacinação, o índice de anotação foi de 72%.

A ausência do registro da imunização antitetânica, confirmada nos documentos pesquisados, demonstra problemas na assistência pré-natal dessas mulheres e aponta novamente para a necessidade de alertar os profissionais para o correto preenchimento de documentos de saúde. Nesse sentido, recorda-se que, no Brasil, a atenção à mulher na gestação e parto permanece como desafio, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita quanto aos princípios filosóficos do cuidado.¹⁸

A falta de anotação pelo profissional ou, mesmo, a não realização da profilaxia antitetânica, caracterizam uma insuficiente atenção. Nesse particular, é importante o processo de educação em saúde durante o acompanhamento pré-natal pois a conscientização da mulher faz com que ela possa requerer e controlar a melhor assistência, torne-se sujeito e não objeto de intervenção.^{19,20}

Cabe ressaltar que 22% das mães do estudo referiram extravio de seus cartões de vacinação quando da migração para São Paulo. Este fato deve, também, ser observado pelos profissionais que atuam nas unidades de saúde, pois é necessário recomendar, segundo a idade, os esquemas vacinais, registrando-os adequadamente.

Além de verificar e analisar o registro nos documentos, foi realizada a avaliação da vacinação antitetânica de cada uma das mães, comparando os achados com as normas de imunização.^{1,8} Assim, verificou-se que em 76% dos casos houve seguimento dos esquemas vacinais estabelecidos para a gestação.

Do percentual de incorreções, 20% foram assim considerados pelas mulheres referirem inexistência de carteiras de vacinação e por não existir qualquer registro de imunização nos cartões de pré-natal apresentados. Em 4% dos casos, verificou-se que não houve seguimento do esquema vacinal.

Estudos recentes^{18,19} mostram índices semelhantes de inadequada imunização em gestantes. Provavelmente tal problema não deva resultar em porcentagens mais elevadas de tétano neonatal em nosso país, devido às condições assépticas em que o parto hospitalar é realizado.

No entanto, a experiência das autoras com as mulheres atendidas no Núcleo São Lucas mostra o quanto elas ainda utilizam substâncias inadequadas no cuidado com o coto umbilical. Não é raro encontrar casos de mães que trazem seus bebês às consultas pós-parto com cotos inadequadamente limpos, com granulomas umbilicais inadequadamente tratados, ou com a utilização de outras substâncias no coto ainda úmido, como moedas, faixas ou outros produtos preconizados pela crendice popular, ainda comuns naquela comunidade.

Os bebês de 24% das mães deste estudo, sem dúvida, correram o risco de adquirirem o tétano neonatal. A não percepção da mulher e a ausência de registros constituem, dessa maneira, o pano de fundo da inadequada assistência pré-natal, infelizmente evidenciada em trabalhos semelhantes a este.

CONCLUSÕES

Os resultados apresentados mostraram falhas no esquema vacinal antitetânico das gestantes, conforme comprovado nos documentos analisados.

Cabe ressaltar que mesmo em Estados, como São Paulo, em que o tétano neonatal está praticamente erradicado, considera-se primordial investir na orientação das mulheres, o que implica na necessidade de um seguimento mais próximo, com supervisão e reforço, fundamentais na assistência pré e pós-natal.

Não é possível que ainda sejam encontrados no Brasil índices inadequados tanto de imunização antitetânica quanto de outros indicadores de cuidado materno-infantil, como baixas porcentagens de exames para a detecção da sífilis na gestante¹⁸, desmame precoce^{13,19}, grande proporção de crianças que não completam a vacinação no primeiro ano de vida²¹, entre outros descuidos.

Faz-se importante ressaltar que áreas potenciais de risco, ou seja, que expressam precárias condições sociais e de saúde da população, como a apresentada neste estudo, deveriam receber maior controle de agravos e intervenção da vigilância epidemiológica, mesmo que não apresentem mortalidade ou incidência notificada de doenças como o tétano neonatal.¹⁷

Outra observação refere-se à assistência pré-natal. Parece que aumentar o número de consultas, conforme preconizado pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento¹⁷, sem treinamento e conscientização dos profissionais de saúde que prestam essa atenção, não melhorará o quadro vigente.

Conclui-se que é fundamental melhorar a qualidade dos registros da assistência pré-natal. Estudos como este mostram a necessidade de

que todos os implicados na assistência materno-infantil devem se empenhar a fim de garantir melhores resultados maternos e perinatais e oferecer maior segurança à mulher.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 6. ed. Brasília: MS; 2005.
2. Fernandes RAQ, Narchi NZ, Barros LHC. Prevenção do tétano neonatal: conhecimento de gestantes carentes. *Rev tec-cient enfermagem* 2005; 3(3): 433-9.
3. Guardiola A, Teixeira AM, Silva CA, Grisólia JRG. Tétano neonatal. *J pediatr* 2000; 76(5): 391-4.
4. Vieira LJ. O tétano neonatal no Estado de Minas Gerais: contribuição para a compreensão do problema. *Rev latinoam enfermagem* 2003; 11(5): 638-44.
5. Bricks LF. Vaccines in pregnancy: a review of their importance in Brazil. *Rev Hosp Clin Fac Med Univ São Paulo* 2003; 58(5): 263-74.
6. Carvalho LHFR. Vacinação da gestante. In: Farhat CK, Carvalho ES, Weckx LY, Carvalho LHFR, Succini RCM. *Imunizações: fundamentos e prática*. São Paulo: Atheneu; 2000. p.181-92.
7. (BR) Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. 3. ed. Brasília: SPS/MS; 2000.
8. (SP) Secretária de Estado da Saúde de São Paulo. Comissão Permanente de Assessoramento em Imunizações. Coordenadoria dos Institutos de Pesquisa. Centro de Vigilância Epidemiológica Prof. Alexandre Vranjac. Norma Técnica do Programa de Imunização. 2.ed. São Paulo: SES-SP; 2000.
9. Organización Panamericana de la Salud. Vacunas e inmunización. Washigton: OPS/OMS; 2001.
10. Fernandes RAQ. Morbimortalidade materna e perinatal e a qualidade da assistência pré-natal. *Rev paul enfermagem* 2001; 20(2): 57-67.
11. Mattos LMBB, Caiaffa WT, Bastos RR, Tonelli E. Oportunidades de imunização antitetânica de gestantes de Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. *Rev panam salud pública* 2003; 14(5): 350-4.
12. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não vacinação em localidade urbana do Nordeste brasileiro, 1994. *Rev saúde pública* 1999; 33(2): 147-56.
13. Narchi NZ, Fernandes RAQ, Gomes MMF, Queiroz ML, Higasa DN. Análise da efetividade de um programa de incentivo ao aleitamento materno exclusivo em comunidade carente de São Paulo. *Rev bras saúde mater infant* 2005; 5(1): 87-92.
14. Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sócio demográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. *Cad saúde pública* 2004; 20(supl.1): 112-20.
15. Sabroza AR, Leal MC, Souza Júnior PR, Gama SGN. Algumas repercussões emocionais negativas da gravidez precoce em adolescentes do município do Rio de Janeiro (1999-2001). *Cad saúde pública* 2004; 20 (supl.1): 130-7.
16. Ministério da Saúde (Brasil). Série histórica de óbitos e casos de Doenças de Notificação Compulsória no Brasil (1980-2005) [internet] 2005 [cited Sep 15 2005]. Ministério da Saúde; 2005. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/svs/area.cfm?id_area=451
17. Schramm JMA, Szwarcwald CL. Um modelo estatístico para definição de áreas geográficas prioritárias para o controle do tétano neonatal. *Cad saúde pública* 1998; 14(2): 327-43.
18. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad saúde pública* 2004; 20(5): 1281-9.
19. Costa MCO, Formigli VL. Avaliação da qualidade de serviço de saúde para adolescentes. *Rev saúde pública* 2001; 35(2): 177-84.
20. Sousa FGM, Terra MG, Erdmann AL. Health services organization according to the intersectoral perspective: a review. *Online Brazilian Journal of Nursing* [internet] 2005 [cited Dec 1 2005]; 4(3). Available from: <http://www.uff.br/objnursing/viewarticle.php?id=86>
21. Porto LA. Cobertura vacinal nos municípios de Iguai e Caldeirão Grande, Bahia, em 1997. *Inf epidemiol SUS* 1998; 7(4): 7-24.